·论著·

基层医疗卫生机构发展困境分析：基于桂林市的扎根理论研究

王思远[1]，杭苒枫[1]，韦莹珏[2]，刘建英[3]，石武祥[2]，黄照权[4*]

【摘要】 **背景** 新医改以来基层医疗卫生机构在诊疗人次数、基本公共卫生服务项目方面取得明显成效，但仍面临着人员素质不高且流动性强、服务能力弱且效率低等问题，因此破解基层医疗卫生机构的发展困境成为当务之急。**目的** 对基层医疗卫生机构的发展困境进行分析，并提出相应对策。**方法** 于2021年4—5月，采用多阶段抽样方法抽取桂林市6个县、2个区共计16家基层医疗卫生机构的负责人开展半结构式访谈，访谈内容主要包括资源配置、服务能力建设、医保政策执行及发展困境等。采用Nvivo 11.0质性分析软件，对原始访谈资料逐级分类、归纳和提炼。**结果** 本研究提炼出38个初始概念、9个初始范畴、4个主范畴及1个核心范畴，获得样本地区基层医疗卫生机构发展在"资源配置制约""三医联动路径阻碍""功能定位偏离""医共体建设缺乏紧密性"4个维度的阻滞节点。**结论** 基层医疗卫生机构的发展受多种因素的制约：均衡资源配置完善补偿机制是核心问题，三医联动路径协同是外部条件，调整功能定位是关键环节，组建紧密型医共体是重要手段。

【关键词】 基层医疗卫生机构；发展现状；资源配置；服务能力；补偿机制；医共体；质性研究

【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0897

【引用本文】 王思远，杭苒枫，韦莹珏，等.基层医疗卫生机构发展困境分析：基于桂林市的扎根理论研究［J］.中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0897.［www.chinagp.net］

WANG S Y，HANG R F，WEI Y J，et al. Development dilemma of primary health care institutions：a grounded theory study based on Guilin City［J］. Chinese General Practice，2023.［Epub ahead of print］

Development Dilemma of Primary Health Care Institutions：a Grounded Theory Study Based on Guilin City

WANG SiYuan[1]，HANG Ranfeng[1]，WEI Yingjue[2]，LIU Jianying[3]，SHI Wuxiang[2]，HUANG Zhaoquan[4]*

1.School of Public Health，Guilin Medical University，Guilin 541001，China

2.College of Humanities and Management Sciences，Guilin Medical University，Guilin 541001，China

3.Labor Union，Guilin Medical University，Guilin 541001，China

4.Party Committee Office，Guangxi Medical University，Nanning 530000，China

[*]Corresponding author：HUANG Zhaoquan，Professor/Doctoral supervisor；E-mail：gxlzzqh530@163.com

【Abstract】 **Background** Since the new medical reform，primary health care institutions have made remarkable achievements in the number of consultations and basic public health service projects，however，the problems including low quality and high mobility of personnel，weakened capacity and low efficiency of service still remain. Therefore，it has become an urgent task to solve the development dilemma of primary health care institutions. **Objective** To analyze the development dilemma of primary health care institutions and propose corresponding countermeasures. **Methods** The heads of 16 primary health care institutions in 6 counties and 2 districts in Guilin were selected using multi-stage sampling method to conduct semi-structured interviews，which mainly included resource allocation，service capacity building，health insurance policy implementation，and development dilemmas. Nvivo 11.0 qualitative analysis software was used to classify，ummarize and refine the original interview data at each level. **Results** A total of 38 initial concepts，9 initial categories，4 main categories，and 1 core category were extracted，and nodes of stagnation in four dimensions including "resource allocation constraints"，"obstruction of the path of three medical linkage"，"deviation of functional positioning" and "accessibility lacking in medical community construction" were obtained. **Conclusion** The development of primary health care institutions is constrained by a variety of factors，with resource

基金项目：国家自然科学基金资助项目（71764005）

1.541001 广西壮族自治区桂林市，桂林医学院公共卫生学院 2.541001 广西壮族自治区桂林市，桂林医学院人文与管理学院 3.541001 广西壮族自治区桂林市，桂林医学院工会 4.530000 广西壮族自治区桂林市，广西医科大学党委办公室

[*]通信作者：黄照权，教授/博士生导师；E-mail：gxlzzq530@163.com

本文数字出版日期：2023-06-26

allocation balance and compensation mechanism improvement as core issue，synergy of the three medical linkage paths as external condition，adjustment of functional positioning as key link，and the construction of close medical community as important approach.

【Key words】 Primary medical and health institutions；Development status；Resource allocation；Service ability；Compensation mechanism；Medical alliance；Qualitative research

基层医疗卫生体系在医疗卫生服务体系中的基础地位，决定了新时代“健康中国”建设要切实把“以基层为重点”落到实处，推动基层卫生健康高质量发展[1]。桂林市地处广西壮族自治区北部，受地理因素、社会因素、经济因素等限制，新医改以来，虽然桂林市基层医疗卫生机构在医疗服务环境、设备配备方面得到较大改善，但仍存在财政投入不足、服务能力提升缓慢、不同主体间缺乏协调统一等问题[2]。既往相关领域研究多采用定量研究，聚焦资源配置数量、服务产出数量等方面，缺乏针对基层医疗卫生机构发展困境的深入探讨[3-4]。如何破解基层医疗卫生机构的发展困境，不仅关系到分级诊疗制度的落实，更关乎“健康中国”战略的实施。本研究以桂林市基层医疗卫生机构为对象，通过扎根理论方法，借助 Nvivo 软件探讨其发展现状并进行质性分析，尝试构建基层医疗卫生机构发展制约因素的理论模型，拓宽基层医疗卫生服务的研究路径，以期为相关政策制定提供一些借鉴参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象 于 2021 年 4—5 月，采用多阶段抽样方法抽取基层医疗卫生机构负责人开展调查。具体抽样方法为：第一阶段，采用目的抽样法抽取桂林市共计 6 个县、2 个区进行调查；第二阶段，采用方便抽样法在每个县（区）抽取基层医疗卫生机构，本研究主要选取社区卫生服务中心和乡镇卫生院；第三阶段，每家机构调查 1 名主要管理人员。根据研究目的与信息饱和原则，共选择了 16 家基层医疗卫生机构（12 家乡镇卫生院和 4 家社区卫生服务中心）的 16 名管理人员作为访谈对象。访谈对象纳入标准：（1）基层医疗机构管理人员，职务为院长（副院长），熟悉本机构发展运行情况，从事本职工作 1 年及以上；（2）对本研究知情同意，且愿意配合访谈工作。本研究经桂林医学院伦理委员会审批（GLMC20170912）。

1.2 访谈方法 由课题组 2 名教授、1 名副研究员和 4 名硕士研究生组成调研团队。首先，基于文献分析研制原始访谈提纲；其次，组织组内访谈，修改提纲中指意不明的语句，形成通俗易懂的初版访谈提纲；最后，选取 1 名基层医疗卫生机构管理者进行预访谈，根据其建议、反馈有针对性地修改、完善，以形成最终访谈提纲。访谈提纲主要围绕当前基层医疗卫生机构发展现状及所面临的困境，内容包括：（1）基层医疗卫生机构卫生资源配置情况（人才队伍建设、设备配置、财政专项补贴落实等情况）；（2）基层医疗卫生机构卫生服务能力建设现状（基本医疗服务、基本公共卫生服务、基本药物制度、家庭医生签约服务、医共体开展、信息化建设情况）；（3）基层医疗卫生机构医保支付方式和医保结算现状(医保报销比例、中医民族医医保支付情况)；（4）基层医疗卫生机构发展瓶颈及阻碍因素。正式访谈时，由调查员围绕访谈提纲对受访者开展“面对面”的半结构化访谈，并根据回答情况适时补充提问，深入挖掘主题，直至访谈内容无新的主题出现，达到信息饱和则访谈停止。所有访谈在获得受访者知情同意后进行录音，并记录要点。每次访谈时间为 40~60 min，访谈地点选在当地县（区）卫生健康局独立会议室或办公室，访谈环境安静、封闭。

1.3 资料分析方法 本研究首先利用词频统计和可视化分析功能生成“词汇云”图，以较为直观地反映文本中特定词汇之间频次的差异性，以便针对基层医疗卫生机构发展现状进行深层次剖析。然后基于 Strauss 和 Corbin 提出的扎根理论方法进行分析，即从原始资料入手，基于 3 种不同的编码程序进行分析归纳，通过持续比较和理论抽样，不断循环直至理论饱和[5]。具体分析方法为：（1）从开放式编码开始，对收集到的原始访谈资料进行逐句阅读分析，识别现象并提取概念，对每个概念类别确定属性及其各自的维度使其范畴化；（2）主轴编码，即在开放式编码的基础上，识别访谈资料中各类别或概念之间的相互关系，使用扎根理论经典模型“条件 – 现象 – 行动 / 互动策略 – 结果”的编码范式将其联系起来并甄别出最能体现研究主题的主范畴；（3）选择性编码，即从主范畴中挖掘出核心范畴，并系统地与其他范畴联系，形成“故事线”，将现象和脉络加以联结，最终构建成实质理论构架。所有访谈获得资料均采用 NVivo 11.0 软件进行分析。

2 结果

2.1 基层医疗机构发展现状词频分析 访谈对象提及出现频次最多的词汇依次是：“人员”（0.81%）、“医生”（0.76%）、“乡镇”（0.70%）、“服务”（0.68%）、“医疗”（0.57%），见图 1。

2.2 基层医疗卫生机构发展现状的质性分析

2.2.1 开放式编码结果 通过对原始资料逐句分析，经过概念化、概念分类和范畴化 3 个步骤，共得到 250 条



图 1　基层医疗卫生机构发展现状“词汇云”

Figure 1　The word cloud visualization in current development situation of primary health care institutions

与基层医疗卫生机构发展相关的问题表述。经过概念对比和提炼，最终确定包括了 38 个初始概念和 9 个范畴，见表 1。

2.2.2　主轴编码结果　按照扎根理论经典模型“条件－现象－行动 / 互动策略－结果”的编码范式，对基层医疗卫生机构发展现状的 9 个范畴进行归类整合，通过对每个范畴的分析，得出基层医疗卫生机构发展现状的关系图，见图 2。

在基层医疗卫生机构发展现状关系图中，通过经典范式模型抽样，最终梳理出 4 个最为重要的主范畴，分别命名为资源配置制约（A1）、三医联动路径阻碍（A2）、功能定位偏离（A3）、医共体建设缺乏紧密性（A4），见表 2。

2.2.3　选择性编码　将基层医疗卫生机构发展的 4 个主范畴、关系图及原始资料进行对比分析，确定基层医疗卫生机构发展现状这一核心范畴，“资源配置制约”“三医联动路径阻碍”“功能定位偏离”“医共体建设缺乏紧密性”4 个主范畴对基层医疗卫生机构发展存在明显影响。形成的“故事线”为：基层医疗卫生机构的发展受多种因素的制约，均衡资源配置是核心问题，三医联动路径协同是外部条件，调整功能定位是关键环节，组建紧密型医共体是重要手段。

2.2.4　理论饱和度检验　本研究的饱和度检验是通过对预留的访谈材料进行编码，在编码过程中没有发现形成新的概念，因此可以判断达到理论饱和。

3　讨论

本研究扎根理论分析结果显示：“资源配置”“三医联动”“功能定位”“紧密型医共体”4 个要素被访谈者认为是打通基层医疗卫生机构发展梗阻的前提条件和重要支撑。“资源配置”不足会造成医务人员工作负荷过重，一人兼多岗，服务质量下降；“三医联动”路径缺乏协同则使得基层医疗卫生机构提供基本医疗服务积极性受挫；基层医疗卫生机构“功能定位”偏离，致其基本医疗服务能力弱化，“基础地位”没有充分体现；“紧密型医共体”建设成效欠佳，使得医共体内部县、乡两级医疗机构压力激增，虹吸作用加剧。四要素相互配合才能促进基层医疗卫生机构平稳发展。

3.1　资源配置不完善，基层医疗卫生机构成为县医院人才培养基地

3.1.1　人力资源配置亟待优化　主轴编码结果显示，访谈中资源配置制约被提及频次最多，是影响基层医疗卫生机构发展的主要因素之一。其中，人力资源在基层医疗卫生机构的发展中起着至关重要的作用。基层卫生人力资源短缺是基层医疗卫生机构发展亟待解决的一大问题，其难点在于基层卫生人力资源“招不来”与“留不下”两种现况并存。痛点在于基层卫生人员的质量不容乐观，人员配备结构与其承担的医疗卫生服务职能任务不相适应，功能不配套。堵点在于：第一，乡镇卫生院因编制不足、待遇不高、缺少职业认同感等因素，极大限制了基层卫生人才的招聘与引进，而现有基层卫生人员获取职业能力提升的机会较少，职业发展空间受限。在上级医疗机构“虹吸效应”影响下，一旦有机会外派学习机会或获得职称晋升后又常会选择跳槽，乡镇卫生院最终成为县医院的人才培养基地，造成现有人才水平不足与“培养即走”的两难处境[6-7]。第二，目前实行的补偿机制和分配政策尚不完善。在调查和访谈过程中，经乡镇卫生院人员反映，由于基层医疗卫生机构实行绩效工资制，按照“托底不限高”政策，医务人员的工资基本都在“托底线”之上，但绩效工资未能真实反映医务人员的工作量，且奖励性绩效工资太少。这与何平等[8]、赵世超等[9]的研究结果一致。基层医疗卫生机构工资总体水平趋于平均，政策激励空间较小，体现不了“多劳多得”，严重挫伤了医务人员积极性[10]。绩效考核体系僵化最终导致基层医疗卫生机构服务量降低，财务状况变差，可分配结余减少，职工待遇偏低，直接限制了基层人力资源的补给和优化，人员流失情况变得更加严重[11]。建议基层医疗卫生机构综合时间投入、技术难度、工作风险等因素制定基层医疗服务项目“相对价值”工作量量化标准，为合理制定绩效考核及分配方案提供支持。在人才培养方面：首先，除了“5+3”

表 1 开放式编码结果

Table1 Open coding results

序号	范畴	初始概念	代表性语句
a1	人员现状制约	编制数量较少	“编制一直以来是医改的时候，2009 年定的，以后就从来没有改变，没有编制，留不住人才”
		绩效考核制度打击积极性	“绩效很少，有总量限定的，说那个绩效托底不限高。这种东西没有收支结余就没有增量工资”
		人才留不住	“招来的人员很难留住，基层流动性很大”
		人员职称结构失衡	“人才素质低，都是中专，考个证的都走了，偏远的乡镇卫生院执业助理都没有一两个的”
		成为上级医院人才培训基地	“基本上乡镇卫生院就是一个县级医院或者二甲医院的人才培训基地，送去培养的培养回来就都走了”
		一人兼多岗	“我们现在是一个人兼好几个岗位”
		医务人员收入低	“受限于卫生院的基本情况，还有收入情况，我们的工资很低”
		招聘人员困难	“本科生不可能招得到的，都是大专生、中专生，基本上都是只要有证的，执业助理，不管你是中专什么的还是以前这种卫校毕业的，只要有证，我们都要”
		中医专业人才缺乏	“中医很有出路。但是，我们就是人才不够全，中医馆只能搞一些特色中医服务，中医药开展不了”
		国家订单定向医学生流动性大	“国家这个定向规培每年都有补充，人素质是不错的，但服务的时间太短了，流失性太大了”
a2	补偿机制不完善	财政补贴滞后	“那这两个月财政补贴就不到位了，不及时到位。比如说 2020 年的钱，到 2021 年 4 月份补给你，拖延，制约了下一年的发展，然后下一年的工作无法开展”
		药品加成取消后补助少	“补偿基本上是到位，但是太少了。定额的，按 0809 年基数的 15%”
		增加医疗服务费较少	“是 05 年的收费标准，乡镇卫生院增加的服务费的项目很少”
a3	基本医疗服务项目减少	手术业务停滞	“手术基本上做不了，只能清创缝合或者切一下囊肿”
		基本医疗服务开展困难	“除了公共卫生以外，基本医疗开展非常困难”
		妇产业务下跌	“五色管理，乡镇卫生院只能顺产，不让剖，那一个产妇来你要签字，如果生的过程中顺不下来半途就要送的，那谁还来，人家直接去县里了，这就断崖式下跌”
a4	医疗和公共卫生服务发展不均衡	基本公共卫生服务项目增多	“现在相当于二十种准备基本公共卫生项目，对我们来说压力非常大”
		疫情防控任务重	特别是新冠这个疫情防控压力很大，新冠疫苗接种加入基层，核酸采样”
		医疗服务与公共卫生工作衔接繁琐	互联互通困难，效率不高，不利于推进“医防融合”
a5	基本药物缺乏	药品种类不全	“最大的困难是药物品种减少，我们可以用的目录越来越少，很常见的药都把你清掉了，基本上是用不了什么药了”
		配送不及时	“药品厂家总是拖延，集采系统一直显示配送中”
a6	家庭医生签约服务质量较低	居民健康意识差	“还是这个民众的意识，有一部分落后，你去给他做，他厌烦，觉得耽误时间”
		考核指标不合理	“以控制率考核，你控制不了，你像高血压，农村老年人他不吃药的，依从性太差，控制不了就每个星期都要随访一次，你就只能围着他一个人转，工作量太大”
		签约成本高、回报少	“自己任务已经很重了，待遇也不高，都是利用休息时间去的工作强度大、回报少”
		签约“形式化”	“我认为现在的家庭医生只有名称，文件啊，各方面团队也有了，但是真正开展家庭医生服务确实比较难”
		家庭医生签约服务能力有限	“所做的家庭医生签约服务都是公卫基本服务的内容，个性化服务没办法开展”
a7	医共体建设缺乏紧密性	政策上流于形式	“说实话医共体没有建立起来，只是表面上的一些资料，没有实质”
		没有主管机构协调	“都没有一个主管机构来帮我们协调，现在只是单方面的，我们乡镇卫生院的给到县级医院，但是他们没有给我们互通”
		上级医院人力紧张难以下沉	“而且受限于上级医院本身的人力、物力不足，对我们下面的扶持就很有限，很少能够真正派人到下面去做到一个上班或者说是指导工作”
		双向转诊仅上不下	“特别是双向转诊，基本上现在我们乡转上去，上面没有转下来”
		医共体缺乏紧密性	“我感觉比较难一点呢，就是我觉得没有实现利益共享机制，人财物统一这一块没有做到紧密型”

（上接表 1）

序号	范畴	初始概念	代表性语句
		有硬件无软件	“乡镇这一块硬件是上去的，但是这个，现在是软件跟不上。人员太少，也没法派去进修，人员也无法提升”
a8	医保政策限制	“挂床”和低标准住院问题	“挂床这就是个矛盾，真的没办法，目前真正是一个矛盾，他来乡镇卫生院住院就是图方便，治完了我能够回家喂喂鸡鸭，做点事情。那病情如果更重的话我还会来你这住院么？我就去县级医院了”
		一般诊疗费较低	“四费合一门诊十块钱一个人，医保政策实施了之后，轻症我不能收，重症没有几个，门诊，我只能收十块钱”
		基层医疗卫生机构医保资金占比较低	“因为按照国家医保政策应该是 30%，乡镇卫生院必须要花钱少，那个老百姓在乡镇卫生院看病报销的比例也大，但是现在医保对乡镇卫生院只占 17% 点多，20% 不到”
		医保控费限制	“很多医保政策都限制我们来做。我们住院费用也有限定，中心卫生院 2 300 元，普通卫生院 1 700 元，他一个病人他住这一次院，人均只能这么多钱。超过了就不支付”
		缺乏多部门协调	“我们要通过政府部门来协调药监、医保一起”
a9	信息孤岛	信息系统相互独立	“我们现在每个中心，这个系统可能有 5 个，相互之间都是独立的”

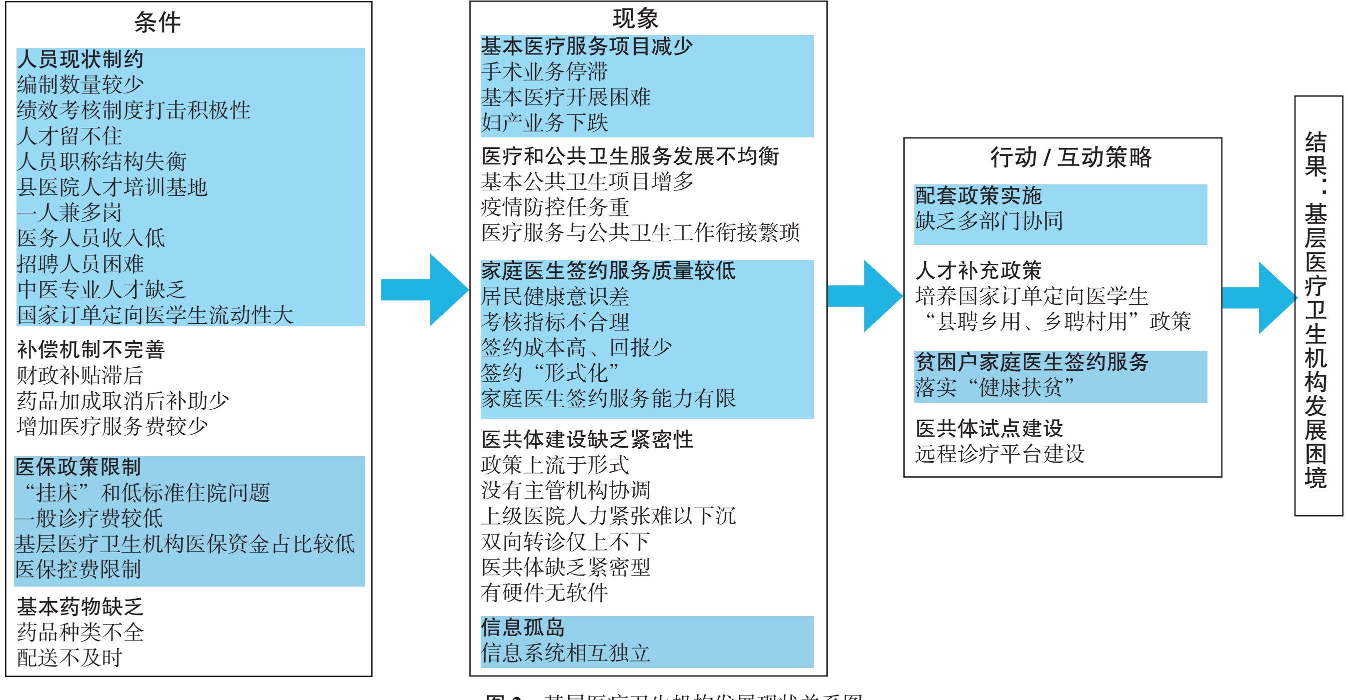


图 2 基层医疗卫生机构发展现状关系图

Figure 2 Relationship chart of the current development situation of primary care institutions

表 2 主轴编码结果

Table 2 Axial coding results

主范畴	范畴	频次（次）	百分比（%）
A1 资源配置制约	a1 人员现状制约、a2 补偿机制不完善	122	48.8
A2 三医联动路径阻碍	a3 基本医疗服务项目减少、a5 基本药物缺乏、a8 医保政策限制	35	14.0
A3 功能定位偏离	a4 医疗和公共卫生服务发展不均衡、a6 家庭医生签约服务质量较低	47	18.8
A4 医共体建设缺乏紧密性	a7 医共体建设缺乏紧密性、a9 信息孤岛	46	18.4

本科学历订单定向医学生之外，同时应大力培养“3+2”专科学历全科医生，充实基层卫生专技人员；其次，客观上通过提高薪酬待遇、完善晋升机制，主观上通过提升职业认同感、家乡归属感，提高订单定向医学生服务期满之后的续约率。

3.1.2 财力资源配置不尽合理 财力资源配置同样是影响基层医疗卫生机构平稳运行的重要因素。近年来，政府对基层医疗卫生机构的财政补助大幅提高。但基层医疗卫生机构实施基本药物制度以来，补偿经费由地方财政解决，基本失去自我发展性投入的能力，当县级财力紧张、经费保障能力有限时，补助延迟又将影响基层医

疗卫生机构的健康发展和可持续运行。这与汪波等[12]的研究结果一致。因此，健全基层医疗卫生机构补偿机制是实现改革目标的关键。

3.2 三医联动路径受阻，缺乏协同整合 “三医联动”中只有医疗、医药在动，医保不联不动。在三医联动路径阻碍因素中，医保限制被提及频次最高，其次是基本药物制度问题。通过梳理访谈结果发现，医保监管和医保总额控制是医保限制的主要制约因素。

医保监管是维持医保基金稳定、防范医保风险的有力举措，但医保部门监管指标与医疗行业规律存在冲突。访谈中发现，基层医疗卫生机构管理者及工作人员对医保偿付规则不清楚，相关培训较少。对于医疗服务绩效评价的关键指标（如“挂床”住院、低标准住院等）在实际监管中尺度难以把握，存在矛盾。由于医保实行总额预付制，过多提供医疗服务或者提供难度大的医疗服务，可能超过医保限定的服务量和次均费用，出现医保不能足额支付的问题。部分基层医疗卫生机构服务能力强，能开展的诊疗项目多，导致次均费用高，但由于医保支付标准“一刀切”影响了机构人员提供服务的积极性，部分诊疗项目不再开展，产生负向激励。同时访谈中提到，受大力发展中医药政策影响，桂林地区对中医、瑶医等民族医认可度较高，每家乡镇卫生院都打造了中医馆，有一定提供中医理疗康复服务的能力，但门诊统筹费用较少，治疗项目不能超过 6 种，难以满足居民对此类疾病的就医需求，造成医保政策和居民就医需求不匹配。建议在进行医保按疾病诊断相关分组付费（DRG）试点改革的同时，健全基层医疗卫生机构内部医保管理职能科室建设，加强医务人员医保政策相关业务知识培训，落实分级诊疗。卫生健康部门应联合医保部门及卫生监督部门开展调研，协调相关配套政策的落实，切实解决基层困难。

基本药物制度实施后，基层医疗卫生机构出现药品匮乏、品种不全、执行价过时、盈利能力大幅下降等问题。这与吴泽兵等[13]对广西壮族自治区基层医疗卫生机构实施基本药物制度的研究结果一致。由于各乡镇卫生院的规模不一，且重点开展的医疗服务业务各有不同，因此乡镇卫生院所使用的药品种类差异较大，有限的药品种类无法完全满足各乡镇卫生院医生的用药需求。基层药品短缺使得居民在就诊时自身健康需求无法得到满足[14-15]。访谈中基层医生反映“同样一个慢病药品，在三级医院可以买到，他到我们这里就没有，因为不属于基本药物里面，不给采购”，这就造成了慢性病患者的药物治疗连续性较差，且难以满足双向转诊、上下联动的分级诊疗模式用药需求。建议基本药物目录与医保药品报销目录强化动态调整，对药品集采平台加强监管，多方比价，提高药品可获得性、配送及时性，扩大药品种类。

3.3 多因素叠加导致基层卫生服务能力弱化 研究发现，新医改以来，国家重点推行基本公共卫生均等化政策。由此，基层医疗卫生机构服务重心向公共卫生服务倾斜，基层公共卫生服务量有所上升[6]。随着“健康扶贫”、家庭医生签约服务等政策的推行，临床医务人员在业务范围之外，还承担着大量公共卫生工作，一人兼多岗现象严重。在此背景下，基层医疗卫生机构的基本医疗服务量呈现不同程度下滑。既往针对山东省乡镇卫生院医疗服务量的调查显示，大部分基层医疗卫生机构正在关闭其外科服务、妇产科服务和其他服务[16-17]。在广西地区，一方面由于自然环境的限制，地处偏远山区的乡镇交通不便，雨季更是面临塌方、泥石流、滑坡等自然灾害，当地青壮年多选择外出打工，基本医疗服务人口实际上低于户籍人口，当地医疗需求低于预期，基层医疗卫生机构规模逐步萎缩；另一方面，在交通便利的条件下，当地居民更愿意选择去县级医院就医，致使基层医疗卫生机构仅剩基本公共卫生服务维持运转。既往研究也表明，服务人口数、服务半径等经济社会因素对基层医疗卫生机构影响密切[3]。

基层医疗卫生机构服务功能“一边倒”的状况，使得基层医疗卫生机构所能提供的医疗服务项目减少，服务能力弱化，流向县级医院和城市医院的患者比例持续上升。药品零加成及医疗服务费用较低致使基本医疗服务收入下降，增量绩效减少，工作积极性下降。少数基层医疗卫生机构依靠国家基本公卫补助资金维持运转，且临床诊疗服务与公共卫生工作衔接繁琐，效率不高，不利于推进“医防融合”和实现居民健康全生命周期管理。建议按照不同服务人口数量、服务群体结构、地理环境等因素，划分不同功能定位的基层医疗机构，实施分类管理，在保证基本医疗和基本公卫服务的基础上，合理发展中医理疗、医养结合、特色专科等临床服务项目，提升临床医疗服务能力。

3.4 县域医共体建设松散，医疗卫生服务提供碎片化 研究发现，县域医共体中上级医院帮扶基层医疗机构的主要方式是定期派驻专科医生下基层坐诊，访谈得知桂林农村地区每逢固定日期“赶圩”，居民人流量相较平时大大增加，基层医疗机构会利用“圩日”，通过在醒目位置摆放坐诊专家立牌、电子屏幕播放等途径进行宣传，既增加了医疗服务提供量，又满足了当地居民的健康需求，这种诊疗方式受到农村居民广泛认可。但由于部分县级医院本身存在人力资源不足且受自身诊疗服务能力的限制，专家下基层坐诊时间有限，在帮扶结束后基层医疗卫生机构重陷人走技术停、设备闲置困境，缺乏长效稳定的运行机制。针对专科医生下派基层无用武之地现象，建议牵头医院多倾听基层医疗机构的诉求，

按需求下派，如派遣有管理经验的中层干部或业务骨干到基层担任执行副院长，提高卫生管理能力。同时创新帮扶形式，在查房和坐班等传统形式对基层无法起到实质性帮助的时候，应采取定期开展院感知识培训、医保政策解读、医疗设备使用等主题讲座发挥专家下沉的作用。

其次，现有县域医共体中缺乏主管部门对医共体各利益机构之间进行协调。医共体内部因各医疗机构收入差距大，推进人事制度、薪酬制度改革阻力重重，“六统一管理”难以落实。医疗机构间社会分工体系模糊，权、责、利纠缠不清，造成医疗服务“孤立”和“碎片化”。双向转诊是分级诊疗中的重要一环，由于患者对基层医疗卫生机构诊疗水平不信任，医务人员怕纠纷，牵头医院怕追责，导致基层医疗卫生机构与上级医院间上转容易、下转难问题突出[18-19]。建议建立健全权责机制、监管机制，同时制定规范、完善的疾病愈后及诊疗护理分级标准。

在转诊信息平台缺失情况下，转诊多依靠微信、电话、转诊单等手段，基层医疗卫生机构患者向上转诊仍需再次检查和诊断，造成医疗资源的极大浪费。最后，县域医共体信息化建设、整合相对落后，存在信息孤岛。牵头医院均各自搭建本院的医院信息系统（HIS），乡镇卫生院使用的是原有 HIS 系统，公共卫生使用广西卫生健康信息平台，双向转诊使用桂林分级诊疗信息管理系统，远程影像则使用另一独立系统，各系统间数据不能精确互联互通，各家基层医疗卫生机构工作人员为方便日常工作习惯将不同系统账号和密码记录在本子上，久而久之甚至形成一本“密码本”。建议由卫生行政部门牵头进行系统整合，减轻工作人员负担，畅通信息互联渠道。

3.5　本研究的优势与局限性　既往研究关于基层医疗卫生机构发展现状的研究尚未完整地反映当前基层医疗发展面临的困境。本研究借助扎根理论的研究方法，通过三级编码，得出“资源配置”“三医联动”“功能定位”“紧密型医共体”4 个要素是制约其发展的主要因素，为提升基层医疗卫生机构服务能力、优化政策提供了方向和思路。但扎根理论作为一种质性研究方法，基于访谈数据虽然可以深度探讨基层医疗卫生机构的发展困境，但结果具有主观性；基层医疗卫生机构地域差异大、社会经济环境不同，本研究为探索式研究，后续有待扩大研究范围，提高研究结果的普适性。

综上所述，基层医疗卫生机构是我国医疗卫生服务的“网底”，承担着城乡居民的基本医疗和基本公共卫生服务。基层医疗卫生机构通过对绩效工资总量进行动态管理，完善补偿机制，探索绩效工资正向激励制度，统筹县、乡、村卫生人才编制使用，弱化城乡人员编制身份，让人才在区域内合理流动，真正将人才“留在基层、用在基层”；以医疗服务为“抓手”，医保支付方式为手段，建立医疗服务、医疗保障和基本药物动态协调整合机制；同时，应“两条腿”走路，回归基层医疗卫生机构的功能定位，建立医防融合新态势；从整体出发，加强医共体主管机构领导作用，使优质医疗技术和服务在基层生根发芽，促进医共体各成员单位协同发展。

作者贡献：王思远、石武祥进行文章的构思、可行性分析；韦莹珏、刘建英负责文献检索、访谈大纲设计及修订；王思远、杭苒枫负责访谈资料收集与数据转录及核对，并负责文本编码及论文的撰写与修订；黄照权负责文章的质量控制及审校，对文章整体负责；所有作者确认了论文的最终稿。

本文无利益冲突。

参考文献

［1］中华人民共和国国家卫生健康委．关于印发卫生健康系统贯彻落实以基层为重点的新时代党的卫生与健康工作方针若干要求的通知［EB/OL］．（2022-07-12）［2023-01-05］．http://www.nhc.gov.cn/jws/s7874/202207/246c9bbaa2ce46219c51aec63c71907d.shtml.

［2］陈默，郭振友．桂林市城区社区卫生服务中心现状调查与分析［J］．中国初级卫生保健，2015，29（1）：31-34. DOI：10.3969/j.issn.1001-568X.2015.01.0011.

［3］史园园，代涛，陈瑶，等．安徽省乡镇卫生院服务能力影响因素研究［J］．医学与社会，2013，26（6）：43-47. DOI：10.3870/YXYSH.2013.06.014.

［4］李新辉，蒋佩，胡良志，等．北疆牧区基层医疗机构基本医疗服务能力现状调查［J］．中国全科医学，2016，19（22）：2714-2718，2723. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2016.22.021.

［5］GLASER B G，STRAUSS A L. Discovery of grounded theory：strategies for qualitative research［M］. London：Routledge，2017.

［6］唐尚锋，黄锐，付航，等．供方视角下我国乡镇卫生院服务数量减少的原因探析［J］．中国卫生事业管理，2015，32（4）：282-283，290.

［7］陈楚颖，魏来，周丽，等．医共体背景下基层卫生人力资源建设阻碍因素及对策的质性研究［J］．中国卫生事业管理，2022，39（3）：180-184.

［8］何平，孙强，刘博，等．补偿和激励政策变化对乡镇卫生院人员收入和医疗服务提供的影响［J］．中国卫生事业管理，2013，30（1）：35-39.

［9］赵世超，朱凤霞，刘倩，等．新医改背景下基层卫生政策对乡镇卫生院的影响机制分析：基于乡镇卫生院院长访谈的实证研究［J］．中国卫生政策研究，2020，13（5）：54-59. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2020.05.009.

［10］陈新月，尤莉莉，连隽，等．基于扎根理论的基本公共卫生服务提供质量的影响因素分析［J］．医学与社会，2021，34（7）：20-24. DOI：10.13723/j.yxysh.2021.07.005.

［11］应亚珍，戈昕，徐明明，等．我国基层医疗卫生机构补偿机制研究报告［J］．卫生经济研究，2016（9）：3-8. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.20160829.018.

[12] 汪波，段琪．基于扎根理论的基层医疗卫生机构补偿机制及要素探析［J］．大连理工大学学报：社会科学版，2014，35（2）：20-26. DOI：10.19525/j.issn1008-407x.2014.02.004.

[13] 吴泽兵，王前强，朱平华，等．广西乡镇卫生院基本药物使用及监管问题探析［J］．卫生经济研究，2014（5）：42-43. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2014.05.011.

[14] 章小敏，陈将，陈翔，等．分级诊疗与不同级别医院间药品使用研究［J］．医院管理论坛，2019，36（9）：20-23，37. DOI：10.3969/j.issn.1671-9069.2019.09.005.

[15] 李明月，刘晓云．中国城乡不同类型基层卫生机构服务量变化的差异分析［J］．中国农村卫生事业管理，2020，40（12）：853-857，887.

[16] 吴敏，牟燕，刘岩，等．乡镇卫生院医疗服务能力趋势变化与问题探讨：基于2009—2015年山东省乡镇卫生院医疗服务量的比较［J］．卫生软科学，2018，32（1）：16-19. DOI：10.3969/j.issn.1003-2800.2018.01.005.

[17] LI Z，HUNG P，HE R B，et al. Association between direct government subsidies and service scope of primary care facilities：a cross-sectional study in China[J]. Int J Equity Health，2020，19(1)：135. DOI：10.1186/s12939-020-01248-7.

[18] 张年，余昌胤，黄辉华，等．基于扎根理论的贵州省双向转诊影响因素质性研究［J］．中国医院管理，2018，38（11）：14-16.

[19] 覃娴静，徐婷婷，高洪达，等．县域医共体改革后乡镇卫生院医疗服务能力的变化［J］．广西医学，2018，40（24）：2932-2935. DOI：10.11675/j.issn.0253-4304.2018.24.18.

（收稿日期：2023-02-03；修回日期：2023-06-12）
（本文编辑：王凤微）